FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1930 — N° —

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PRÉSENTÉE PAR

ROBERT REVEL-MOREAU

Né à CONSTANTINE (Algérie) le 6 Mars 1896
Ex interne pr. des Hôpitaux d'Alger
Anc. externe des Hôpitaux de Paris
Ex interne de l'Hôpital Sadiki-Tunis

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE du drainage dans les hystérectomies pour salpingites suppurées graves

TECHNIQUE SUIVIE A L'HOPITAL SADIKI-TUNIS

Président de Thèse : M. le Professeur PIERRE DUVAL

PARIS
IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
JOUVE & Cie, ÉDITEURS
15, RUE RACINE, 15

1930

LAC LIBRARY

LE DOYEN. . . . . **M. ROGER**

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale.	CUNEO.
Physiologie	ROGER.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	N...
Pathologie médicale	N...
Pathologie chirurgicale	N...
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPPER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENÉTRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	CARNOT. BEZANÇON. ACHARD. Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
Clinique chirurgicale	DELBET. HARTMANN. LEJARS. GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE. BRINDEAU. JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la Tuberculose	Léon BERNARD.
Professeur sans chaire	BRANCA.
Professeur sans chaire	MAUCLAIRE.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.	
ALAJOUANINE.	Neurologie et psychiâtrie.
AUBERTIN	Pathologie médicale.
BÉNARD (Henri)	Pathologie médicale.
BINET.....	Physiologie.
BLANCHETIERE...	Chimie biologique.
BROCQ.....	Pathologie chirurgicale.
BRULÉ.....	Pathologie médicale.
CADENAT.....	Pathologie chirurgicale.
CATHALA.....	Pathologie médicale.
CHABROL.....	Pathologie médicale.
CHEVALLIER..	Pathologie médicale.
Gaudart-d'Allaines.	Pathologie chirurgicale.
DOGNON.....	Physique.
DONZELOT....	Pathologie médicale.
ECALLE.....	Obstétrique.
FEY.....	Urologie.
GARNIER.....	Pathologie expérimentale.
GASTINEL.....	Bactériologie.
GATELIER.....	Pathologie chirurgicale.
GIROUD.....	Histologie.
HARVIER.....	Pathologie médicale.
HOVELACQUE.	Anatomie.
HUTINEL.....	Pathologie médicale.
JOANNON.....	Hygiène.
JOYEUX.....	Parasitologie.

MM.	
LABBÉ (Henri).	Chimie biologique.
LAROCHE (Guy)...	Pathologie médicale.
LEMAITRE.....	Oto-rhino-laryngologie.
LEROUX.....	Anatomie pathologique.
LEVEUF.....	Pathologie chirurgicale.
LIAN.....	Pathologie médicale.
MERCIER (Fern.)..	Pharmacologie.
MONDOR.....	Pathologie chirurgicale.
MOREAU.....	Pathologie médicale.
MOULONGUET.	Pathologie chirurgicale.
MOURE.....	Pathologie chirurgicale.
MULON.....	Histologie.
OBERLING.....	Anatomie pathologique.
OLIVIER.....	Anatomie.
PIEDELIÈVRE.	Médecine légale.
PORTES.....	Obstétrique.
QUENU.....	Pathologie chirurgicale.
RICHET.....	Physiologie.
SEZARY.....	Dermatologie et syphiligraphie.
VALLERY-RADOT (Pasteur)....	Pathologie médicale.
VAUDESCAL...	Obstétrique.
VELTER.....	Ophtalmologie.
VERNE.....	Histologie.
VIGNES.....	Obstétrique.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.	
BUSQUET.....	Pharmacologie.
GUÉNIOT.....	Obstétrique.
LEQUEUX.....	Obstétrique.

MM.	
NEVEU-LEMAIRE..	Parasitologie.
RETTERER....	Histologie.
ZIMMERN.....	Physique.

74209

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.	
ALGLAVE.....	Clinique chirurgicale.
AUVRAY.....	Clinique chirurgicale.
CHEVASSU.....	Clinique chirurgicale.
Laignel-Lavastine..	Clinique médicale.
LE LORIER...	Clinique obstétricale.

MM.	
LÉRI.....	Clinique médicale.
MOCQUOT.....	Clinique chirurgicale.
PROUST.....	Clinique chirurgicale.
SCHWARTZ....	Clinique chirurgicale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.	
MAUCLAIRE, professeur sans chaire	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY	Stomatologie.
CHAILLET-BERT	Education physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
WEILL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MA MERE

A MON PERE

A MONSIEUR LE PROFESSEUR P. DUVAL
Professeur de Clinique Chirurgicale à la Faculté
de Médecine de Paris.

Qui a bien voulu accepter la présidence de cette thèse.

En témoignage de notre gratitude profonde.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX D'ALGER :

M. le Professeur J. CURTILLET ;
M. le Professeur P. LOMBARD ;
M. le Professeur Maurice RAYNAUD ;
M. le Docteur H. ABOULKER.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX DE PARIS :

M. le Docteur BOUFFE DE SAINT-BLAISE ;
M. le Docteur HUDELO ;
M. le Professeur J.-L. FAURE ;
M. le Professeur MARION.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX DE TUNIS :

MONSIEUR LE DOCTEUR E. CONSEIL
Médecin-Chef de l'Hôpital de la Rabta.

En témoignage de mon admiration profonde et très respectueuse.

A MONSIEUR LE DOCTEUR BROC
Ex-Interne des Hôpitaux de Paris ;
Médecin-Chef de l'Hôpital Sadiki.

Pour tout ce que nous a prodigué son inaltérable et constante bonté.

A MONSIEUR LE DOCTEUR BRUN
Ex-Interne des Hôpitaux de Paris ;
Chirurgien-Chef de l'Hôpital Sadiki.

Qui nous inspira cette thèse et de qui nous ne saurons jamais dire l'affection vraiment paternelle dont il nous entoura durant notre internat dans ses services.

A MES CAMARADES :

D'INTERNAT DES HOPITAUX D'ALGER

D'EXTERNAT DES HOPITAUX DE PARIS

D'INTERNAT DE L'HOPITAL SADIKI

I

AVANT-PROPOS

Pendant les années que nous avons passées comme interne dans les services de chirurgie de l'hôpital Sadiki, nous avons eu l'occasion de voir pratiquer, de pratiquer nous-même un certain nombre d'interventions de chirurgie gynécologique et nécessitant plus particulièrement l'exérèse large des organes génitaux de la femme.

Lorsque, malgré toutes les précautions prises, il nous arrivait d'ouvrir une collection suppurée ou une cavité septique, nous terminions l'intervention par un drainage large de la cavité pelvienne.

Parmi les différents procédés employés pour obtenir ce but, le *drainage vaginal* a été plusieurs fois pratiqué par un gros drain et de très nombreuses mèches. Un pareil procédé impliquait l'ablation totale de l'utérus.

L'avantage de ce procédé, sa rapidité d'exécution, les excellents résultats que nous en avons obtenus

nous ont incité à rechercher les observations des malades traitées dans le service par ce procédé et à les commenter.

Tel est le but de notre thèse.

II

Nous sommes partisan éclectique du drainage

Il ne s'agit pas pour nous, évidemment, de rouvrir de nouveau la discussion sur les avantages du drainage et ses indications en chirurgie abdominale, mais de limiter notre étude à la conduite à tenir dans des cas bien spécifiés, à savoir : Quel est le meilleur procédé de drainage à employer lorsqu'on a ouvert, au cours d'une hystérectomie, une cavité septique ?

Sans doute, les chirurgiens les plus opposés au drainage abdominal ne se risquent pas encore, à moins de courir de grands risques, à refermer complètement l'abdomen dans de pareilles conditions.

La question, en effet, doit être très nettement posée. En matière de drainage on draine ou on ne draine pas ; une porte est ouverte ou fermée. En matière de chirurgie abdominale la cavité doit être fermée ou drainée. C'est là la grosse question de principe. Que, pour établir un drainage on se serve de

drains plus ou moins gros, plus ou moins longs, rigides ou souples, perforés ou tubulés, renfermant ou non des mèches variées; que l'on se serve de lames de caoutchouc, de mèches de gaze ou de compresses. peu importe : il ne s'agit plus, dans ces conditions, que d'une question de forme ou de technique. Mais le principe général est resté : on a drainé, soit à travers la paroi abdominale, soit par le conduit vaginal.

Il importait, dès le début de notre thèse, d'être, sur ce point, catégorique. Nous avons été, en effet, surpris très souvent du fait que beaucoup de chirurgiens qui pouvaient être des adversaires acharnés du drainage dans des articles nombreux ou, du haut d'une tribune en proclamer l'inutilité, voire le danger, n'hésitaient pas à placer, de çà et de là, « une petite mèche » ou un « petit drain ». Pour les uns, c'est un « témoin », c'est un « œil dans le ventre ». A les croire cette manière de procéder ne constitue pas un drainage. Pour nous, au contraire, en ce faisant, ils drainent. Sans doute ce drainage ne ressemble-t-il pas au drainage « à la Mickulicz », pour l'appeler par son nom, et puisque c'est sur ce terme (devenu à une certaine période une véritable épine irritative) et sur les indications de ce drainage large que presque toutes les discussions dans les Sociétés savantes ou aux Congrès de Chirurgie ont été engagées au cours de ces quatre ou cinq dernières années.

Pour nous, nous demeurons convaincu que chaque fois qu'une intervention est douteuse, quant à la

rigueur de l'asepsie, la prudence commande de drainer.

Or, notre thèse est cantonnée à un point bien limité de la chirurgie pelvienne : l'ouverture d'une cavité septique au cours d'une hystérectomie.

III

Les inconvénients du « Mickulicz »

Externe dans le service de notre Maître J.-L. Faure, nous l'avons vu fréquemment user du drainage à la Mickulicz en chirurgie gynécologique.

C'était une règle absolue pour lui que de l'employer dans toutes les hystérectomies totales élargies pour cancer du col. Mais nous l'avons vu l'utiliser aussi, quoique beaucoup plus rarement, après hystérectomies subtotales pour salpingites suppurées graves avec poches de pus rompues, péritonisation très précaire : A vrai dire nous avions été étonné des résultats inespérés, de la sécurité qu'on pouvait attendre d'un pareil procédé.

Malgré tout celui-ci a donné lieu à de nombreuses critiques. L'une d'elles, formulée par M. le Professeur Lecène, est de celles qui conservent à nos yeux la plus grande valeur, à savoir : En élevant le drainage « à la Mickulicz » au rang d'une méthode capable de permettre de tenter les opérations les plus graves avec la

persuasion que désormais, grâce à ce mode de drainage, toute complication (ou presque) dans les suites opératoires immédiates sera évitée, on laisserait croire à une foule de médecins, peu rompus à la pratique chirurgicale qu'ils seraient capables d'entreprendre de telles interventions.

Négliger une hémostose soignée, ne plus essayer de faire une péritonisation minutieuse, constitue en réalité un grave danger qui risque de porter atteinte au procédé d'une valeur sans doute incontestable qu'est le drainage « à la Mickulicz ».

D'autre part on a accusé cette méthode (de façon un peu théorique peut-être) de faire reculer la technique opératoire de près de cinquante ans, on lui a reproché de favoriser les occlusions intestinales et les fistules stercorales, mais surtout les éventrations et la difficulté parfois considérable de l'ablation, source de douleurs nécessitant parfois l'anesthésie.

Or, pendant notre internat à l'hôpital Sadiki, il nous a été permis de constater que le drainage vaginal large était à l'abri de tous ces reproches alors que, en ce qui concerne le drainage des salpingites suppurées graves, il conservait l'ensemble des avantages que personne ne dénie à un mode de drainage tel que le « Mickulicz ».

IV

Les indications que nous reconnaissons au drainage vaginal large

Il demeure bien entendu, et la statistique de « Sadiki » le prouve, que ce drainage vaginal n'est applicable qu'à des cas graves bien déterminés.

Il n'entre pas du tout dans nos idées de drainer après une hystérectomie pour fibrome dans l'immense majorité des cas, pas plus qu'après une hystérectomie pour salpingite suppurée qui a pu être menée jusqu'au bout sans ouvrir de poche purulente.

Nous n'employons même pas ce procédé de drainage à la suite de ces salpingectomies où, en raison de l'âge de la malade, il est nécessaire de conserver l'autre trompe qui paraît saine et que, pour extirper la trompe malade on a dû crever une poche de pus. Dans ces cas nous drainons volontiers par la paroi abdominale avec un drain et quelques mèches.

Nous réservons donc ce drainage pour les cas où une hystérectomie a été pratiquée (hystérectomie sub-

totale par laquelle nous commençons toujours et systématiquement ici dans les cas de salpingites bilatérales avec d'autant plus de conviction que les lésions sont plus complexes, la préférant infiniment à la totale d'emblée employée par certains chirurgiens qui veulent eux aussi établir un drainage vaginal) et que la complexité des lésions a entraîné la rupture d'une poche de pus, l'ouverture d'un organe septique une péritonisation précaire.

V

La Sub-totale totalisée ou opération de Rochard

Cette technique de drainage implique donc la totalisation de la subtotale par le procédé de Rochard.

Dès 1908 ce chirurgien écrivait :

« Dans les cas difficiles où les annexes sont remplies de pus et encombrent le petit bassin, et surtout quand on opère au fond d'un puits comme cela a lieu chez les femmes grasses, il est parfois impossible de faire avec sécurité une hystérectomie totale d'emblée, et c'est dans ces cas que nous conseillons la subtotale totalisée. »

Cette technique a été reprise dans la thèse de Dédet (Paris 1917) et un article récent de Cotte et Ponthus (*Gynéc. et Obst.* 1919, tome XIX) vient de la remettre en honneur.

Mais elle n'a été décrite dans aucun traité classque, ce qu'il est permis de regretter, et nous ne l'avons jamais vue citer au cours des nombreuses discussions qui eurent lieu, ces dernières années, au sein

des Sociétés savantes, ou au Congrès de Chirurgie sur la question du drainage large en chirurgie gynécologique.

Nous la décrirons donc de nouveau très rapidement dans notre chapitre de technique opératoire en en montrant la simplicité, la rapidité, les avantages incontestables.

VI

Notre statistique

De 1922 à 1929 il a été pratiqué à Sadiki :

	Sub-totales sans drainage ou avec drainage abd[1] léger	Sub-totales totalisées	TOTALES	DÉCÈS
Fibromes...	71		9	1 (Totale)
Salpingites.	82	50		9 { Subt-Totalisées : 6 / Sub-totales.. : 3

Soit, pour fibromes et salpingites, un total de 212 hystérectomies avec 10 morts, soit 4,7 % de décès.

Comparativement à la mortalité de nos subtotales simples pour salpingites, à plus forte raison de nos subtotales pour fibrome celle de nos subtotales totalisées paraît élevée. Mais, en y regardant de plus près, on y trouve des raisons d'ordre un peu spécial qui nous semblent dépasser le cadre de toute technique ; nous nous expliquons.

Toutes les bonnes raisons que nous pourrons invoquer seront sujettes à caution, nous ne l'ignorons pas pour qui veut défendre une thèse. Affirmer simplement que nous avons l'impression que l'état des malades que nous avons opérées et à qui nous avons réservé le drainage vaginal large était particulièrement grave, que les lésions à extirper étaient particulièrement complexes, ceci est une façon d'argumentation peu scientifique. Il ne faut pas, suivant le mot du Professeur Lecène : « faire de la chirurgie impressionniste ».

Mais le détail même de nos observations est plus loin publié; il montrera entre autres choses, la gravité des lésions extirpées, la fréquente précarité de l'état général des malades, enfin l'ouverture relativement fréquente du tube intestinal au cours de ces interventions : toutes questions qui, en tous temps, en dehors des questions de drainage ont toujours contribué largement à grever les statistiques d'interventions abdominales graves de toute nature.

Sans doute est-il nécessaire, avant de pratiquer des interventions abdominales sérieuses et en particulier pour double salpingite suppurée, de mettre les malades dans les meilleures conditions opératoires possibles. Sans doute un jour viendra peut-être où, grâce à des procédés de vaccination bien au point et efficaces, on pourra arriver à stériliser les poches suppurées, à donner à l'organisme des moyens de défense tels que les interventions de ce genre pourront être considérées comme bénignes. Mais si de grands pro-

grès ont pu, de nos jours, être réalisés à ce point de vue, il n'en reste pas moins qu'à l'heure actuelle, ils sont encore loin d'être parfaits. Aussi est-il prudent et sage, aujourd'hui, en ce qui concerne les salpingites, de ne pas opérer en période aiguë inflammatoire. On est souvent surpris, pour peu qu'on ait eu l'occasion d'en soigner, de voir combien de ces salpingites bilatérales énormes qui encombrent tout le petit bassin, formant parfois des tumeurs allant jusqu'à l'ombilic et auxquelles prennent certainement part intime les anses intestinales, rétrocèdent dans des proportions considérables après un repos de trois à cinq semaines lorsqu'on a pu compléter le repos absolu par des injections vaginales biquotidiennes et le maintien d'une vessie de glace sur l'abdomen en permanence. La fièvre diminue, les douleurs disparaissent, les tumeurs rétrocèdent. Elles se mobilisent et le toucher qui était, au début, extrêmement douloureux et ne permettait que de déceler une masse figée dans la cavité du bassin, est étonné d'y reconnaître, à présent, les différentes parties des organes féminins.

Malheureusement il en est quelques cas où, malgré un traitement rigoureusement suivi l'amélioration, sensible au début, s'arrête et on a l'impression que l'attente de progrès nouveaux est illusoire. Sans doute, dans la clientèle aisée, un repos beaucoup plus prolongé, une vie inactive pendant de longs mois peut-elle arriver à modifier encore dans le sens du mieux ces cas, mais dès que la malade veut reprendre

ses occupations ou sa vie génitale, on constate une reprise de tous les symptômes.

A l'hôpital Sadiki, les conditions défectueuses dans lesquelles on est souvent amené à opérer sont aggravées du fait qu'il s'agit de femmes arabes qui ne viennent qu'à la dernière extrémité de l'évolution de leur mal, qui n'ont jamais pris de repos ni de soins intimes, qui sont presque toutes infectées par le gonocoque et qui ont dans leur passé de nombreuses fausses-couches. Ce sont, la plupart du temps, des hypo-alimentées chroniques, souvent des nomades vivant une existence errante et misérable. Dans une proportion considérable, ce sont des femmes cachectisées, d'autre part, par une, voire quelques-unes des tares pathologiques qui pèsent si lourdement sur le pays : le paludisme, les parasitoses intestinales multiples, au premier rang desquelles vien tpar sa gravité l'ankylostomiase, si fréquente ici, la syphilis et la tuberculose si répandues dans ce pays, le brightisme, etc...

Que de fois admettons-nous à l'hôpital, au cours de la consultation gynécologique et aux fins d'hystérectomie pour salpingite bilatérale grave, de ces femmes à l'état général précaire, au teint plombé et anémié de paludéennes et porteuses de nombreuses cicatrices de syphilis tertiaire ou de tuberculose ganglionnaire et cutanée.

Nous pouvons dire avec sincérité que si nous devions hystérectomiser que des femmes à l'état général satisfaisant, à numération globulaire normale

ou voisine de la normale, un tiers peut-être de nos malades ne pourraient bénéficier du traitement chirurgical.

Ces femmes, qui viennent réclamer le soulagement nécessaire, attendent, par surcroît, de la chirurgie une guérison rapide sinon immédiate et l'on a souvent toutes les peines du monde à leur imposer un séjour prolongé à l'hôpital pour « refroidir » leurs lésions et remonter leur état général.

La véracité stricte de tous ces détails apparaît d'ailleurs avec évidence à tous ceux qui connaissent le milieu indigène tunisien et ont visité l'hôpital Sadiki.

M. le Docteur Brun a bien voulu nous communiquer sa statistique personnelle de ville d'hystérectomies. Nous la reproduisons ci-dessous. Elle est suggestive à bien des points de vue.

	Hystérectomies sub-totales sans drainage	Hyst. Totale	Sub-totales avec drainage supérieur	Sub-totales avec drainage vaginal	Total	Décès
Fibromes.....	65	1	4		70	1
Cancer du col. (3)... et Cancer du corps (1).				4		0
Salpingites doubles.	10		5	2	17	1
Salpingites unilatérales suppurées avec lésions légères du côté opposé.....	13		2		15	0
Kystes de l'ovaire doubles ayant nécessité une sub-totale..	12		1		13	0
Ovaires scléro-kystiques.	3				3	0
					122	2

En somme : 122 hystérectomies pour lésions variées, dont quelques-unes très graves, avec deux morts. (Le « fibrome » décédé a succombé à un coma diabétique post-opératoire.)

On peut voir que sur trente-deux hystérectomies pour salpingites en clientèle, M. le Docteur Brun a été amené à :

refermer l'abdomen sans drainage . 23 fois ;

établir un drainage abdominal : 7 fois ;

drainer largement par le vagin : seulement 2 fois ;

que le seul décès qui soit à noter sur ces 32 hystérectomies concerne justement une de ces opérées chez qui on avait dû établir un drainage vaginal large devant les lésions intenses qu'elle présentait (salpingite double avec ouverture de l'intestin grêle et du sigmoïde). Cette malade, qui traînait depuis un an un mauvais état général en rapport avec ses lésions génitales, présenta sur la table d'opération même des signes de choc intense avec, à la fin de l'intervention, une température à 40° et un pouls absolument incomptable. Elle mourut dans cet état quelques heures après. On peut se demander sincèrement quel procédé de drainage aurait évité la mort !

D'ailleurs, en ce qui concerne notre statistique opératoire de Sadiki on peut justement, en examinant de près les suites opératoires des six subtotales totalisées suivies de mort se poser la même question pour trois d'entre elles.

Considérons les comptes rendus opératoires :

« *Fathma bent Chedli*. 1923; n° 145. Opér. Dr Brun.

Très volumineuse salpingite gauche recouverte du sigmoïde et du côlon transverse qui forment une seule masse adhérente à la vessie et à l'utérus et recouverte par l'épiploon. La masse est très antérieure, sa libération est pénible. On crève la poche salpingienne et il s'écoule du pus d'odeur fécaloïde. Ouverture de l'anse sigmoïde; suture.

Un drain et trois mèches dans le vagin. On recouvre le tout avec l'anse sigmoïde. Paroi en un plan. Drainage abdominal par deux mèches.

Mort le même jour à 14 heures avec phénomènes de schock intense. »

Mêmes remarques en ce qui concerne :

« *Sbeida bent Tahar*. 11-12-23. Dr Brun.

Salpingite bilatérale suppurée....; énucléation difficile... Rupture d'une poche de pus fétide....; déchirure et suture du rectum.

Drain et mèches sortant par le vagin, péritonisation haute avec sigmoïde. Mèche abdominale.

Paroi en un plan. Mort dans les 24 heures avec schock considérable. »

Et encore pour :

« Hadja Halima (26-5-28), opérée pour salpingite bilatérale du volume d'une tête de fœtus à terme et contenant du pus fécaloïde. Rupture de la poche purulente. Drainage vaginal large du même type avec péritonisation haute. Mort dans la nuit même avec signes de collapsus intense. »

Si on excepte la malade Halima 1926 n° 209, morte au 19e jour avec des lésions cardio-pulmonaires, il demeure deux opérées décédées de péritonite vraie :

L'une au 3e jour : Salha (14-10-24) n° 309; l'autre au 18e jour avec des phénomènes d'occlusion témoins d'une péritonite subaiguë progressive et consécutive à une perforation du grêle pour laquelle la malade avait été réopérée au 4e jour.

Mais, en vérité, nous avons été surpris de voir bien, dans l'ensemble des organismes débiles presque cachectiques et qui constituent, nous le répétons, une forte proportion des malades que nous hystérectomisons pour annexites bilatérales graves, arrivaient à supporter des opérations difficiles, laborieuses, avec, en général, des suites opératoires excellentes. La manière d'appliquer le drainage tel que nous le décrivons plus loin nous paraît être un des gros facteurs de succès.

VII

Avantages du drainage vaginal

Personne, à l'heure actuelle, ne saurait contester que, pour ces cas bien particuliers, le drainage vaginal large ne soit un des meilleurs. Il permet un drainage au point déclive, idéal, l'opérée étant dans la position de Fowler, drainage du petit bassin dans les zones dépéritonisées avec péritonisation haute à l'aidè du côlon sigmoïde et du péritoine vésical. Il permet d'établir ainsi un cloisonnement de la cavité abdominale, séparant nettement le petit bassin dépéritonisé et septique des anses intestinales, rendant possible la fermeture de la paroi abdominale, évitant les éventrations secondaires et surtout le pansement abdominal. Et ceci, en l'occurence, a son importance avec ces femmes arabes qui, malgré toute surveillance et un pansement aussi occlusif que possible, arrivent bien souvent à passer leur main sous celui-ci, souillant ainsi la plaie opératoire et à retirer le drainage abdominal que nous retrouvons dans leur lit.

Disons enfin la grande facilité d'extraction des mèches sans risquer d'attirer d'anse intestinale.

Mais il est un grief qu'on pourra faire au drainage vaginal large tel que nous l'employons. « Il aboutit en somme, dira-t-on, à une totale et comporte donc tous les inconvénients majeurs qu'on reproche en général à celle-ci, à savoir :

1° Vous ouvrez le vagin cavité septique ;

2° La totale est plus longue à effectuer qu'une subtotale et par conséquent plus grave ;

3° Dans les suites à distance de la totale on note assez fréquemment des fistules vésico ou recto-vaginales qu'ignore ou presque la subtotale. »

Or, il faut distinguer entre ces arguments : D'abord nous voulons bien admettre que, pour enlever un fibrôme faire une totale est plus long et plus grave que d'exécuter une subtotale et les statistiques s'accordent, en général, pour montrer une mortalité plus grande par le premier procédé que par le second. Mais nous pensons qu'en ce qui concerne les cas de salpingites suppurées qui nous occupent spécifiquement la question n'est plus du tout la même et que les quelques inconvénients que peut présenter la totalité ne comptent pas, à nos yeux, au regard des avantages énormes que procure le drainage vaginal large une fois le col enlevé.

Ensuite, nous redirons volontiers que si la totale et la subtotale totalisée ont pour but commun final d'extirper la totalité des organes génitaux y compris le col,

elles sont, en esprit, en technique et en gravité, absolument différentes, absolument étrangères l'une à l'autre et que, comme nous espérons le montrer au chapitre « Technique », la subtotale totalisée l'emporte et de loin en simplicité et en rapidité sur la totale vraie dans la catégorie des cas qui nous occupent.

Enfin, en ce qui concerne la septicité du vagin, nous pensons que, lorsque les opérées ont été soigneusement préparées, que pendant plusieurs jours elles ont eu des injections de « Dakin » biquotidiennes, bien faites, et que, le jour de l'intervention, on a badigeonné méticuleusement le vagin à la teinture d'iode, on peut se demander si cette cavité vaginale n'est pas, en définitive, beaucoup moins septique que la poche de salpingite qui a été crevée ou l'ampoule rectale déchirée. Et d'ailleurs, dans notre technique, le vagin est une voie de sortie et non une voie d'abord. Et puis, en somme, pourquoi vouloir charger ce vagin des accidents qui peuvent survenir dans les suites opératoires quand on l'a ouvert, alors que personne ne conteste que l'hystérectomie vaginale constitue une opération bien plus simple et bien plus bénigne qu'une hystérectomie abdominale et qu'elle a été pratiquée avec succès à une époque et par des chirurgiens qui étaient loin de posséder l'aseptie que nous pouvons réaliser aujourd'hui. Cette opération, réservée aujourd'hui même par ses défenseurs les plus ardents à des cas exceptionnels, et ce parce qu'elle comporte des inconvénients inhérents à sa technique (hémosase difficile, crainte de léser les uretères, etc.), tenait une

grande partie de sa bénignité du fait que le drainage se faisait par la voie vaginale, « véritable bonde, disait notre Maître J.-L. Faure, qu'on enlève à la partie déclive d'un réservoir ».

Quant aux fistules vésico ou recto-vaginales nous n'en avons point observé dans les suites des hystérectomies subtotales totalisées examinées à Sadiki.

VIII

Technique de la sub-totale totalisée pour salpingites bilatérales suppurées et du drainage vaginal large

Notre instrumentation comporte toujours :

1° Un aspirateur électrique destiné à évacuer aseptiquement à l'occasion les collections purulentes du petit bassin.

2° Un jeu d'instruments disposés à part au fond de la boîte à hystérectomie dans un champ spécial et qui permettront au chirurgien et à son aide de fermer la paroi dans les meilleures conditions d'aseptie possibles quand, à la fin de l'opération, ils changeront de gants et de champs opératoires.

A) Tactique de la subtotale

Voici une salpingite suppurée bilatérale grave comme nous en voyons fréquemment à « Sadiki ».

L'abdomen est ouvert, la valve mise en place, les anses grêles refoulées vers l'étage supérieur de l'ab-

domen, maintenues et protégées soigneusement par des grandes compresses que l'on compte pour éviter d'en oublier une dans l'abdomen à la fin de l'intervention.

Voici que le petit bassin apparaît rempli de lésions inflammatoires considérables. Parfois, assez souvent même, l'épiploon, par un actif processus de défense, est venu recouvrir tout le petit bassin et contracter avec le contenu inflammatoire de celui-ci des adhérences-barrières si difficiles à rompre qu'il est préférable, le plus souvent, de sectionner l'épiploon après ligature.

Bref, les lésions du petit bassin apparaissent. Elles sont souvent très complexes et extrêmement difficiles à identifier dès l'abord, et leur aspect infiniment variable :

Grosse poche de salpingite suppurée pratiquement unilatérale refoulant l'utérus du côté opposé et tombant plus ou moins dans le « Douglas ».

Poches de salpingite bilatérale bloquant, enchatonnant l'utérus plus ou moins complètement et très adhérentes aux parois du petit bassin.

Parfois l'utérus, basculé dans le « Douglas », est absolument impossible à voir, à situer au premier abord, complètement recouvert qu'il est par les masses inflammatoires laissant apercevoir parfois son isthme seulement.

D'autres fois, plus rarement, l'utérus est attiré et basculé plus ou moins en avant, adhérent à la vessie.

Assez souvent, venant accroître encore grande-

ment la gravité des lésions, des adhérences inflammatoires intimes avec l'intestin grêle ou le gros intestin (rectum et sigmoïde surtout).

Il serait fastidieux et inutile de tâcher de décrire les innombrables combinaisons de lésions auxquelles on peut avoir affaire et dont nous venons de schématiser les aspects les plus caractéristiques.

Vouloir faire l'ablation de telles lésions, vider un tel petit bassin, c'est s'attendre à crever des poches de pus, à blesser peut-être des organes septiques creux adhérents et en tous cas redouter d'avoir à la fin un petit bassin cruenté avec une péritonisation impossible. Beaucoup de chirurgiens partisans du drainage vaginal pensent dès à ce moment à la totale.

Or, il nous semble bien évident que la subtotale seule avec sa souplesse due à sa richesse en techniques multiples, parmi lesquelles on peut choisir suivant la disposition des lésions, la subtotale seule, disons-nous, permet de vider ce petit bassin dans le minimum de temps et avec un minimum de dégâts.

A chacun des aspects anatomo-pathologiques que nous rappelions tout à l'heure s'applique, presque spécifiquement, une technique particulière de subtotale : Kelly, hémisection, décollation antérieure, décollation postérieure, rarement le « Terrier », et quelquefois des combinaisons variées parmi ces procédés, ainsi que le montrent nos observations.

La totale est infiniment loin d'avoir cette richesse. On a bien décrit un procédé de totale par hémisection, mais dans la plupart de ces cas complexes,

n'est-il pas aussi compliqué ou presque que la totale classique.

« Tout le monde, écrivait notre Maître Brun (Analyse thèse Dédé. P. M. 1917, p. 466) s'accorde à reconnaître que l'hystérectomie subtotale est une opération plus simple et plus facile à mener que l'hystérectomie totale. La multiplicité des procédés dont elle dispose permet *d'abord* au chirurgien de choisir, suivant les cas qui se présentent à lui, l'une des techniques qui conviendra le mieux pour pratiquer l'exérèse des organes malades; *ensuite* elle met à l'abri des uretères. Enfin le chirurgien travaille dans la partie haute du pelvis. Commencer par une subtotale, c'est utiliser d'abord tous ces avantages indéniables, c'est débarrasser ensuite la cavité pelvienne d'organes parfois énormes, adhérents, gênants, en laissant au chirurgien une cavité vide où il pourra désormais voir clair et avoir les mains libres. »

B) Totalisation

Or, voici le petit bassin débarrassé de l'utérus et de ses annexes malades. Il demeure maintenant six pinces dans la cavité : deux sur les pédicules des ligaments larges, deux sur les ligaments ronds, deux pinces de J.-L. Faure sur les artères utérines, ces dernières n'empiétant pas autant que possible sur le tissu cervical. Le péritoine du petit bassin a été largement décliné et arraché quand on a décollé les masses inflammatoires et le petit bassin, ou l'on a, le

plus souvent, crevé une poche de pus, présentant parfois un léger suintement sanguin, n'est pas péritonisable.

« Il ne reste plus alors (Brun, loc. cit.) qu'à pratiquer le deuxième temps, l'ablation du col, la totalisation; cette opération devient aisée et ne prolonge que de quelques minutes la première intervention. Tout compte fait ces deux interventions ne durent pas plus longtemps qu'une hystérectomie totale d'emblée. »

En fait la totalisation nous est toujours apparue facile et rapide et ne jamais prolonger l'opération au point qu'on puisse trouver là un argument de quelque valeur pour critiquer sérieusement la méthode.

Dans ce petit bassin maintenant libre le col apparaît nettement. On le saisit avec une pince à griffes, Museux ou autre, et on l'attire en haut, tendant ainsi les culs-de-sacs vaginaux.

Si besoin était, à ce moment-là on refoulerait à la compresse la vessie en avant pour libérer complètement le cul-de-sac cervico-vésical ou le rectum, en arrière pour dégager le Douglas.

Une pince de Kocher, un peu forte et un peu longue, est placée latéralement de chaque côté du col, au ras de ses bords, en dedans des pinces qui enserraient les utérines. Ces pinces de Kocher, descendant jusqu'au dôme vaginal, saisissent ainsi l'artère utérine et le bouquet de ses branches cervico-vaginales, rendant maintenant inutiles les pinces à utérines de J.-L. Faure placées au moment de la section du col et que l'on peut retirer à ce moment.

Le col, toujours fortement attiré en haut de la main gauche et basculé latéralement à gauche, l'opérateur, avec des ciseaux courbes, coupant au ras du col, en dedans de la pince de Kocher, ouvre le dôme vaginal tendu à droite.

On fait alors une nouvelle prise sur le « museau de tanche » par la brèche taillée dans le vagin, on le luxe latéralement, toujours à gauche, tandis que les ciseaux terminent la section du vagin au niveau de l'insertion cervicale. Un catgut remplace alors les pinces de Kocher sur la tranche vaginale. Cette hémostose suffit dans l'immense majorité des cas sans qu'il soit besoin le plus souvent de faire de surjet hémostatique sur les tranches vaginales antérieure et postérieure. D'ailleurs, il nous est arrivé quelquefois de voir procéder notre Maître Brun de façon plus simple encore, à savoir : les pinces à utérine de J.-L. Faure étant en place, il procède à l'extirpation du col comme nous l'avons décrit plus haut et sans mettre de pinces de Kocher fortes. Le col étant enlevé on voit sur la tranche de section saigner une branche de la cervico-vaginale, en général sur la lèvre antérieure, tout près de la pince à utérine. On saisit cette artère avec une « Kocher longue » et un catgutt vient remplacer les deux pinces, celle de J.-L. Faure et celle de Kocher correspondantes de chaque côté.

Bref, l'hémostase de la tranche de section ne nous a le plus souvent paru présenter de difficultés spéciales ni nécessiter de perte de temps notable.

C) Appareil de drainage

A ce moment le chirurgien et son aide procèdent rapidement à la constitution de l'appareil de drainage que, pour l'aspect qu'il rappelle, nous nommons volontiers dans le service le « martinet de Sadiki » !

Un drain long et gros (n° 4 par exemple, long de 25 cm.) et quelques grandes mèches le constituent essentiellement. Le nombre de mèches est variable d'autant plus grand que la surface dépéritonisée est considérable, que l'on veut établir une cloison d'autant plus étanche pour isoler les anses intestinales du foyer septique. En général, nous en mettons cinq ou six, exceptionnellement huit.

Ces mèches sont solidarisées (avec un fil ou catgutt quelconque par une de leurs extrémités à une extrémité du drain. A l'autre extrémité de celui-ci on taille une « fenêtre » latérale. Les mèches sont donc disposées tout autour du drain, qu'elles masquent, qu'elles « habillent » et dépassent très largement.

A ce moment un aide muni d'une pince stérile, longue et courbe, fait pénétrer celle-ci dans le vagin qui a été dans les jours précédant l'intervention et immédiatement avant celle-ci soigneusement désinfecté. La pince chemine par le vagin et les mors arrivent ainsi au niveau de l'orifice de section vaginale où ils s'entr'ouvent.

On leur présente alors l'extrémité antérieure de l'appareil de drainage, l'extrémité où mèches et drain sont solidarisés. Les mors la saisissent solidement et

l'attirent progressivement vers la vulve jusqu'à ce que l'extrémité postérieure du drain vienne presque affleurer l'orifice vaginal supérieur. On peut couper l'extrémité antérieure de l'appareil de drainage qui sort souvent du vagin.

A ce moment on tasse avec soin les mèches une à une au niveau du Douglas et des paramètres dépéritonisés. Il ne reste plus qu'à procéder à une péritonisation haute entre le sigmoïde et le péritoine vésical restant. Lorsque cette péritonisation haute est bonne nous refermons la paroi abdominale complètement avec quiétude, après avoir, au dernier moment, retiré les grandes compresses et rabaissé l'épiploon.

Lorsque la péritonisation colo-vésicale n'est pas parfaite par suite d'une éventualité quelconque (délabrement péritonéal énorme, faible hauteur du méso-sigmoïde ou d'adhérences pathologiques de l'anse), éventualité qui survient d'ailleurs très rarement, nous plaçons volontiers un drain moyen accompagné ou non d'une mèche suivant les cas. La mèche est tassée à l'endroit où la péritonisation est imparfaite ; elle ressort, avec le drain, par l'extrémité inférieure de la plaie abdominale.

Nous avons l'impression que le drain vaginal et six voire huit grandes mèches convenablement tassées dans le petit bassin, le comblant parfois complètement (le tout recouvert par une péritonisation haute aussi soignée que possible) remplissent totalement les buts qu'on se propose en pareils cas, à savoir : pro-

tection de la grande cavité péritonéale, isolement et drainage du petit bassin dépéritonisé et septique.

Et nous nous demandons si un autre mode de drainage pourrait mieux que celui-ci mettre les malades à l'abri d'accidents péritonéaux dans les jours suivants.

IX

Suites opératoires

A) *Les suites immédiates* sont d'ailleurs très simples en général. C'est même cette simplicité de suites opératoires après des hystérectomies pour lésions septiques énormes qui nous a fait solliciter de notre Maître Brun l'honneur d'exposer ici la technique qu'il emploie lui-même et conseille à ses élèves dans son service.

Le soir même de l'intervention on peut noter le plus souvent l'excellence du pouls et de l'état général. La sensibilité abdominale banale dans les heures qui suivent l'intervention s'atténue rapidement dès le lendemain.

Le drainage vaginal est laissé en place pendant quatre jours, celui de l'intervention non compris ; on peut, d'ailleurs, retirer le drain au bout de 48 heures.

Au cinquième jour donc, on commence à tirer sur les mèches. Quand celles-ci « viennent » facilement, ce qui est l'éventualité de beaucoup la plus fréquente,

on les retire complètement et sans inconvénients. Sinon on les enlève progressivement dans les jours suivants en sectionnant chaque jour les fragments de mèches qui se laissent attirer. Mais, dans la très grande majorité des cas, cette extraction se fait au cinquième jour sans aucun incident (hémorragies abondantes, douleurs vives); jamais, en tous cas, quand ces douleurs existent, elles ne sont comparables aucunement à celles qu'entraînent en général l'ablation d'un « Mickulicz ».

La cicatrisation de la paroi abdominale se fait très normalement et plus de la moitié de ces opérées quittent l'hôpital dans les vingt jours qui suivent l'intervention.

B) Pour les suites à distance nous n'avons rien relevé de spécial. En particulier, n'avons-nous pas rencontré ces fistules vésico-vaginales ou recto-vaginales que redoute J.-L. Faure après la totale classique. Cela est dû sans doute à ce que, en faisant d'abord une subtotale, on a beaucoup plus de jour et de facilité pour désinsérer le col sans léser les organes voisins.

En somme : simplicité des suites immédiates après opérations très laborieuses pour lésions complexes; rien dans les suites à distance : voilà ce qui nous semble dû, pour une bonne part, au procédé que nous venons de décrire.

OBSERVATIONS

Nous avons fait suivre notre thèse de six observations d'hystérectomies subtotales totalisées avec drainage vaginal large, pour salpingites suppurées bilatérales graves.

La statistique de l'hôpital Sadiki nous eut permis d'en insérer un nombre huit fois plus considérable. Nous n'avons pas jugé utile d'en insérer davantage car elles ont toutes un même « air de famille ». Toutes comportent des lésions inflammatoires considérables, la rupture de poches de pus et, assez souvent (dans 8 % des cas) des perforations intestinales survenues au cours du décollement des masses utéro-annexielles.

Par le choix que nous avons fait parmi elles nous pensons qu'apparaîtront avec évidence les deux points qui nous ont frappé le plus, à savoir :

1° l'élégance, la facilité relative de la subtotale et sa supériorité incontestable sur la totale dans ces cas;

2° l'importance de la totalisation qui permet un drainage vaginal large.

OBSERVATION I

Salpingite bilatérale grave.
Hystérectomie subtotale (Kelly). Totalisation.

Fathma beut A..., 25 ans ? (Entre le 36/6/29).

Vient pour : douleurs au niveau du « bas-ventre » depuis 20 jours, surtout marquées à gauche. Forte hémorragie il y a quelques jours. Règles abondantes et crises douloureuses intermittentes depuis 7 ans. Paludisme chronique.

Examen : grosse masse salpingienne gauche (taille d'une orange) douloureuse au toucher, bombant un peu dans le cul-de-sac latéral gauche, dont la muqueuse est tomenteuse et infiltrée. A droite, masse beaucoup plus petite (mandarine).

D° 38,5 qui tombe en quelques jours après application d'une vessie de glace. Anémie assez marquée. Rate percutable. Etat général passable.

Intervention : 4/7/29 (Dr Brun).

Médiane sous-ombilicale.

Epiploon adhérent à la masse utéro annexielle qui remplit le petit bassin.

Section de l'épiploon après ligature.

Protection soignée de la grande cavité.

On voit alors : une masse salpingienne moyenne à droite. A gauche, un gros pyosalpinx remplissant partiellement le « Douglas » et adhérent.

Hystérectomie subtotale (Kelly) en commençant par la droite. Au cours du dégagement de la masse salpingienne gauche on rompt une poche de pus (1/2 verre ordinaire) et on arrache pas mal de péritoine pariétal latéral, surtout à gauche.

Péritonisation basse impossible.

Totalisation : Drainage vaginal avec 6 mètres tassés dans le petit bassin et un gros drain.

Péritonisation haute, par-dessus avec sigmoïde et péritoine vésical.

Paroi en un plan, au fil de bronze.

Suites : Extrêmement simples. Pas de poussées de température. Ventre souple. Pouls très bon, jamais au-dessus de 80.

Guérison. Sort le 5/8/29.

OBSERVATION II

Salpingite bilatérale grave.
Hystérectomie subtotale (Kelly). Totalisation.

Zaya beut A..., 30 ans ?

Vient pour : Douleurs violentes au niveau du bas-ventre, depuis 25 jours. Crises intermittentes depuis plusieurs mois. Pas de pertes. Règles normales. Paludisme antérieur.

Examen : Utérus normal. A droite, masse oblongue et ferme de la taille d'une grosse aubergine. Très douloureuse au toucher. A gauche, petite salpingite.

Etat général passable. Anémie assez marquée. Sommets rudes. Ganglions cervicaux.

Intervention : 11/7/29 (D[r] Brun). Médiane sous-ombilicale.

Grand épiploon adhérent à la masse utéro-annexielle. Section après hémostase.

On aperçoit alors une anse grêle très adhérente au péritoine vésical. Le tout très adhérent à un gros pyosalpinx droit.

Protection soignée de la grande cavité. Libération prudente de l'anse grêle au cours de laquelle on rompt le pyosalpinx droit. Issue d'un 1/2 verre de pus.

Libération du pyosalpinx droit.

Hystérectomie subtotale à la Kelly.

Péritoine inférieur délabré. Péritonisation basse impossible. Totalisation.

Drainage vaginal par un drain et 6 mèches tassées dans le petit bassin.

Péritonisation haute, vésico symoïdienne pas très parfaite.

Fermeture en un plan au fil de bronze.

Suites : Dans la journée, choc considérable; pouls petit, rapide; sueurs froides. Mais dans la nuit, sous le sérum et les toni-cardiaques, le pouls redevient bon à 80 et s'y maintient définitivement.

Sort complètement guéri le 29/7/29.

OBSERVATION III

Salpingite bilatérale grave.
Hystérectomie subtotale. 2 perforations intestinales.
Totalisation.

Fathma beut A..., 27 ans.

Vient pour : Douleurs abdominales depuis plusieurs mois. Pertes vaginales abondantes. Paludisme ancien.

Examen : Le toucher palper montre une masse utéro-annexielle considérable, irrégulière et douloureuse, parmi laquelle on ne peut identifier l'utérus. Etat général passable; anéémie assez marquée.

Intervention : le 30/8/27 (Dr Brun). Médiane sous-ombilicale.

A l'ouverture de l'abdomen on voit un gros bloc inflammatoire à gauche, formé par une poche de salpingite et adhérant : en avant à la vessie, en arrière à des anses grêles, au sigmoïde et à l'épiploon.

La libération de la masse annexielle amène la perforation de l'anse sigmoïde à son sommet et une autre perforation au niveau de l'ampoule rectale.

Hystérectomie abdominale subtotale (Kelly). La libération du salpinx gauche d'avec la vessie est difficile, la paroi de celle-ci étant excessivement épaissie et infiltrée.

Totalisation : Drainage vaginal par un drain et quatre mèches.

Péritonisation haute, par-dessus entre sigmoïde et péritoine vésical.

Suture des perforations intestinales.

Fermeture de la paroi en 3 plans sans drainage par la paroi abdominale.

Suites : Simples. Sort guérie le 19/9/27.

OBSERVATION IV

Salpingite bilatérale grave.
Hystérectomie subtotale (Décollation antérieure).
Totalisation.

Fathma beut H..., 40 ans ?

Vient pour : Pertes blanches et douleur au niveau du bas-ventre depuis quelques mois. Règles disparues quelque temps après. Une fausse couche il y a 4 ans; deux grossesses normales.

Examen : Uutrus augmenté de volume, ferme, pas très régulier, avec noyau au niveau de la corne droite. Empâtement à gauche. On pense à fibrome et salpingite. Etat général passable.

Opération : 11/4/29 (Dr Brun).

Laparotomie médiane sous-ombilicale.

On tombe sur une double salpingite avec multiples adhérences intestinales, particulièrement à la face postérieure de l'utérus. Décollation antérieure; libération difficile des adhérences intestinales. Hystérectomie subtotale. Vaste délabrement péritonical; péritonisation basse impossible. Surfaces cruentées et saignantes. Totalisation.

Drainage inférieur vaginal par le procédé du « Martinet de Sadiki ». Péritonisation haute vésico-sigmoïdienne très partielle et difficile, avec le péritoine vésical et les appendices épiploïques du colon pelvien.

Deux petits drains n° 2 pour 48 heures dans l'angle inférieur de la plaie abdominale.

Paroi en 3 plans.

Suites : Très simples. Sort le 13/5/29 avec une légère suppuration de la paroi en voie de guérison.

OBSERVATION V

Salpingite bilatérale grave.
Hystérectomie subtotale (hémisection). Totalisation.

Habiba beut B..., 30 ans ?

Vient pour : Douleurs dans le bas-ventre depuis six mois environ. Pertes jaunes verdâtres. Deux grossesses normales; pas de fausses couches.

Examen : A l'entrée (15/3/29). Le toucher palper montre une grosse masse semblant être l'utérus. Elle a la taille d'une tête de fœtus à terme; forme irrégulière; consistance pas très dure. Noyau antérieur derrière la symphyse; col dur. La palpation de la masse est peu ou pas douloureuse. On pense d'abord à la possibilité d'un fibrome mais un mouvement fébrile, absolument inexpliqué par ailleurs, oriente vers le diagnostic de salpingite.

Intervention : 1/6/29 (D[r] Brun).

Laparotomie médiane sous-ombilicale.

Le petit bassin est recouvert d'adhérences parmi lesquelles on ne distingue d'abord rien de net.

Après protection particulièrement soignée de la grande cavité on commence par libérer avec difficulté une anse grêle et le sigmoïde adhérents à la masse utéro-annexielle. On aperçoit alors un utérus médian, assez accessible, contrastant avec de grosses masses annexielles très adhérentes et remplissant le « Douglas ». On se décide alors à faire une hystérectomie par hémisection. Après hémisection on décolle la masse annexielle

gauche de bas en haut et d'avant en arrière. Une poche de pus se rompt (cuiller à soupe) au cours de l'extraction.

Libération et extraction de la masse droite.

Dépéritonisation basse considérable. Totalisation.

On recherche alors et on ligature les pédicules des ligaments larges et ronds qui sont très rétractés.

Drainage vaginal par un drain et huit mèches solidarisées et tassées dans le petit bassin.

Quelques points de péritonisation haute difficile avec le sigmoïde et le péritoine vésical.

On rabat par-dessus le grand épiploon qui descend très bas.

Paroi en 3 plans avec seulement un petit drain abdominal sortant à la partie inférieure de l'incision.

Suites : Simples. Peu ou pas de choc.

Sort guérie le 19/6/29. Bonne paroi.

OBSERVATION VI

Salpingite bilatérale grave.
Hystérectomie subtotale (Décollation antérieure et hémisection). Totalisation.

Chalbda beut B.

Vient pour : Douleurs au niveau du « bas-ventre » (au niveau de la fosse iliaque droite surtout) survenues depuis 7 ans après une fausse couche.

Règles irrégulières. Pertes jaunâtres.

Examen : Le toucher-palper montre une grosse masse salpingo-utvrine irrégulière. L'utérus paraît dévié à gauche et en avant par une masse salpingienne rénittente et peu douloureuse au toucher (petite orange). Le cul-de-sac gauche est empâté par une masse salpingienne de la taille d'une mandarine.

Pas de température. Bon état général.

Intervention : 14/10/29 (Dr Ronchot).

Laparotomie médiane sous-ombilicale.

L'utérus paraît d'abord seulement flanqué à droite par une masse salpingienne très adhérente à la paroi pelvienne et on est tenté de faire un « Kelly » de gauche à droite. Mais on s'aperçoit que, à gauche, l'ovaire seul était visible et que la trompe (pyosalpinx assez volumineux) est prolabée dans le « Douglas » et le cul-de-sac gauche et peu ou pas accessible.

En arrière, utérus très fixé au rectum.

Seul le cul-de-sac vésico-utérn est sain et parfaitement libre.

1° Décollation antérieure, qui semble s'imposer, mais qui donne peu de jour et de mobilité tant l'utérus est fixé latéralement de chaque côté. On fait alors une :

2° Hémisection, prudemment et sans léser le rectum. On parvient alors à décoller en masse, très difficilement, la poche droite. Il s'agit d'une poche à contenu gélatineux avec une petite collection purulente (cuiller à café) que l'on crève.

A gauche on est obligé d'ouvrir la poche qu'il paraît impossible d'extirper en totalité sans risquer d'ouvrir le rectum. On taille donc à même la paroi dans la poche.

Délabrement péritonical bas considérable. Totalisation, avec incision vaginale postérieure complémentaire pour pouvoir drainer le fond de la poche gauche.

Surjet au catgutt sur la tranche vaginale.

Péritonisation basse à peine ébauchée.

Suintement sanguin en nappe.

Un drain et 5 mèches pour drainage vaginal.

Péritonisation haute vésico-sigmoïdienne.

Rabattement de l'épiploon par dessus.

Paroi en 3 plans sans drainage abdominal haut.

Suites : Des plus simples. Pas de choc. Léger mouvement fébrile pendant quelques jours. Guérison.

CONCLUSIONS

Nous sommes partisan éclectique du drainage en chirurgie gynécologique.

Nous pensons :

a) que chaque fois qu'on a des doutes sur l'aseptie de l'intervention, et spécialement lorsqu'on a ouvert une poche de pus ou une cavité septique, il est indispensable de drainer ;

b) que le « Mickulicz », procédé de drainage et d'isolement absolument remarquable, n'est pas à l'abri de certaines critiques dont le procédé que nous décrivons nous semble indemne, alors que ce dernier possède lui aussi les propriétés du drainage large mixte, tubulaire et capillaire, et qu'il a pour lui par surcroît les avantages énormes et incontestés du drainage vaginal ;

c) que les considérations et conclusions que nous exposons ici s'appliquent, pour nous, au seul traitement des salpingites suppurées graves dont nous parlions plus haut.

En résumé : En ce qui concerne le drainage après hystérectomie pour salpingite bilatérale suppurée

grave, avec poche de pus rompue ou cavité septique ouverte :

à l'hystérectomie subtotale suivie de « Mickulicz » nous préférons la subtotale suivie de totalisation, puis de drainage vaginal large par drain et nombreuses mèches tassées dans le petit bassin, avec péritonisation sus-jacente haute vésico-sigmoïdienne.

Les seuls reproches qu'on pourrait, pensons-nous, adresser à cette méthode seraient :

a) la nécessité de faire des hystérectomies totales;

b) le fait d'ouvrir la cavité septique qu'est le vagin.

Mais nous croyons avoir suffisamment montré :

a) que l'hystérectomie subtotale totalisée telle que nous la pratiquons est une opération d'une technique essentiellement différente et singulièrement moins dangereuse que l'hystérectomie totale d'emblée classique ;

b) que l'ouverture du vagin, grâce aux précautions que nous prenons quant à la désinfection préalable présente infiniment moins d'inconvénients que n'en comporterait le fait de se priver, en pareils cas, de cette voie de drainage idéale.

Vu : *Le Président*,
P. DUVAL.

Vu : *Le Doyen*,
ROGER.

Vu et Permis d'Imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
CHARLETY.

BIBLIOGRAPHIE

André. — Le drainage abdominal par la méthode de Mickulicz. (*Thèse Paris* 1926.)

Berge. — Drainage à la Mickulicz en chirurgie gynécologique. (*Thèse Bordeaux* 1926-1927.)

Cadenat et Patel. — *Rapport au XXXVI^e Congrès de Chirurgie.*

Congrès de Chirurgie (*XXXI^e*). *Discussions.*

Cotte (J.) et Ponthus. — L'hystérectomie abdominale subtotale totalisée. (*Gynécol. et Obstétrique,* 1929, tome XIX, p. 354.)

Dédet. — Indications de l'hystérectomie totale dans les suppurations pelviennes. Procédé de l'hystérectomie subtotale totalisée. (*Thèse Paris* 1916-17, n° 111.)

J.-L. Faure et Siredey. — *Traité de Gynécologie,* 3^e éd.

Huguier. — Drainage à la Mickulicz dans les interventions pelviennes. (*Société des Chirurgiens de Paris,* 6/2/25, p. 63. *Discussion,* 20/2/25, p. 124. Thévenard, Dartigues, Peuginez, Petit de la Villéon, Eug. Delaunay.)

Lefort. — Du drainage dans les interventions de Gynécologie. (*Bull. Soc. Obst. et Gynécol. Paris,* 1922, tome XXI, pp. 517 à 521.)

Rochard. — La subtotale totalisée. *Bull. et Mémoires Société Chirurgie,* 1908, p. 457.

Société de Chirurgie de Paris. — Discussions diverses sur le drainage abdominal et en particulier sur le Mickulicz.

2/7/19 (pp. 1038 à 1050). Discussion sur le Mickulicz. J.-L. Faure, Quénu, Savariaud, J.-L. Faure, Pauchet, Tuffier, Quénu, Baudet, Savariaud, Rochart, Wiart, J.-L. Faure, Reynier, Hartmann, Pierre Delbet.

— 16/7/19 (pp. 1147 à 1150). Lapointe. *Sur le tamponnement en chirurgie abdominale.* Discussion. Quénu, J.-L. Faure.

— 8/7/25 (pp. 831 à 837). De Fourmestraux. *L'hystérectomie large dans le cancer du col utérin.* Discussion. Lapointe, Chevrier, J.-L. Faure, L. Bazy.

— 23/6/26. Auvray. *A propos du Mickulicz,* pp. 729 à 732.

— 17/11/26 (pp. 1055 à 1058). Aumont (Rapp. Grégoire). *Contusion abdominale grave. Déchirure mésentérique, hémicolectomie droite d'urgence.* Discussion. Dujarrier, J.-L. Faure.

— 1/12/26. *Même discussion.* P. Duval (p. 1126).

— 22/12/26. *Même discussion.* Cadenat (p. 1245).

26/1/27. *A propos du Mickulicz.* Sauvé, de Martel (p. 127).

2/2/27. Lecène (p. 127). *A propos du Mickulicz.*

16/2/27. *Même discussion.* Berger, P. Duval, P. Mocquot, P. Bazy (pp. 213 à 221).

23/2/27. *Même discussion* (pp. 273 à 294). Thiéry, Hartmann, Chevrier, Routier, J.-L. Faure.

2/3/27 (p. 296). Chaton. *Réflexions sur le Mickulicz et les drainages par mèches.*

Du drainage abdominal; à propos du Mickulicz; 34 observations : Hertz et Pierre Monod (p. 708). Rapport Grégoire.

TABLE DES MATIÈRES

I. Avant-propos 13
II. Nous sommes partisan éclectique du drainage. 15
III. Les inconvénients du « Mickulicz »..... 18
IV. Les indications que nous reconnaissons au drainage vaginal large..... 20
V. La subtotale totalisée ou opération de Rochard 23
VI. Notre statistique 24
VII. Avantages du drainage vaginal..... 33
VIII. Technique de la subtotale totalisée pour salpingites bilatérales suppurées et du drainage vaginal large 38
A. Tactique de la subtotale.
B. Totalisation.
C. Appareil de drainage.
IX. Suites opératoires 46
X. Observations 48
XI. Conclusions 56